

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925 - 1926 — N° 16

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'OPÉRATION DE MULLER
DANS LE
TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4 Décembre 1925

PAR

Albert-Charles BIOT

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

Né à ALGER (Département d'Alger), le 18 Novembre 1895

Examineurs de la Thèse

{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
	CHAVANNAZ, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	PAPIN, agrégé.....	
	JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925 - 1926 — N° 16

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'OPÉRATION DE MULLER
DANS LE
TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4 Décembre 1925

PAR

Albert-Charles BIOT

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

Né à ALGER (Département d'Alger), le 18 Novembre 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		CHAVANNAZ, professeur.....	<i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, MOURE.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
Clinique chirurgicale.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
Clinique d'accouchements.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Anatomie.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie générale et histologie.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Physiologie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Médecine légale et déontologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Chimie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Botanique et matière médicale.....	RECHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	N.
Pharmacie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMEN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	Maladies mentales.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Chirurgie générale.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.		PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.		JEANNENEY.
Physique biologique et médicale.....	N.		N.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PÉRY.
	MAURIAC.	Ophtalmologie.....	FAUGÈRE.
	LEURET.	Oto-rhino-laryngologie.....	TEULIÈRES.
Médecine générale.....	DUPERJÉ.	Pharmacie.....	PORTMANN.
	CREYX.		GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Accouchements.....	PÉRY.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie minérale.....	GOLSE.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			N.
Pathologie externe (4 ^e année) et petite chirurgie.....			CHARRIER.
Pathologie externe (3 ^e année) et petite chirurgie.....			LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

*Bien faible témoignage de ma
reconnaissance.*

A MA FEMME

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F. PAPIN

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUSQUET

MÉDECIN DES HÔPITAUX

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAYRE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

CHIRURGIEN-CHEF DE L'HÔPITAL CAZIN-PERROCHAUD ET HÔPITAL VINCENT
DE BERCK-PLAGE

A MONSIEUR LE DOCTEUR SOUBIROU

LICENCIÉ ÈS-SCIENCES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CORRESPONDANT NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*En témoignage de ma respectueuse
reconnaissance pour le grand honneur
que vous m'avez fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

AVANT-PROPOS

On éprouve toujours un vif regret et même un véritable serrement de cœur, le jour où l'on se décide à écrire les premières lignes d'un travail qui marque la fin d'une longue période de la vie.

Je garderai toujours un souvenir ému et reconnaissant de tous nos Maîtres de la Faculté et de l'Hôpital, qui nous enseignent avec un très grand dévouement les sciences médicales.

Dans ma première année d'externat, je fus accueilli avec bonté par Monsieur le Docteur Papin, alors médecin résident, maintenant Professeur agrégé, Chirurgien des hôpitaux, dans son service des pansements externes, — je lui dois beaucoup de reconnaissance.

J'exprime toute ma gratitude à l'égard de MM. les Professeurs Sabrazès, Micheleau, qui m'ont honoré de leurs conseils au cours de ma seconde année d'externat.

MM. les Docteurs Rabère, chirurgien des hôpitaux; Bousquet, médecin des hôpitaux, m'ont témoigné une très grande bienveillance pendant ma troisième année d'externe. Je les en remercie bien sincèrement.

Je ne dois pas oublier non plus, MM. les Docteurs Soubirou; Cayre, Fauchou, de Berck-Plage; Rastouil, de La Rochelle, qui sont restés toujours pour moi des amis sincères et dévoués.

Notre Maître, Monsieur le Professeur J. Guyot, m'honore grandement en acceptant la présidence de ce très modeste travail. Je le prie respectueusement d'accepter l'hommage de ma profonde reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OPÉRATION DE MULLER DANS LE TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX

Historique.

C'est en 1896, au Congrès des Naturalistes, à Francfort-sur-le-Mein, que le professeur P. Müller (de Berne), fit connaître sa technique opératoire appliquée au traitement du prolapsus génital complet chez la femme après la ménopause.

A partir de cette date, les travaux et les observations se multiplièrent en Allemagne, en Autriche, en Suisse particulièrement. En effet, Wormser, chef de clinique chez le professeur Müller, donne la publication d'une première série d'observations et d'opérations. Il montre les avantages, les succès obtenus par la colpectomie totale.

Biehly, élève de Müller, en 1902, dans sa thèse de doctorat, décrit la technique, et publie vingt-cinq nouvelles observations. Dans son travail, cet auteur montre tous les succès que cette opération a donné et met ces derniers en comparaison avec les autres opérations pratiquées dans le traitement chirurgical du prolapsus utérin.

L'année suivante paraît une nouvelle thèse, écrite par Mademoiselle Vera Krükova (de Genève), qui relate deux opérations de Müller faites avec succès dans la clinique du professeur Jentzer.

En 1905, Cumston (de Boston), reprend la thèse de Krü-kova, en y ajoutant trois opérations pratiquées par lui avec plein succès.

Ce n'est qu'au cours de l'année 1906 que Savariaud (de Paris), fit connaître l'opération de Müller, mais en y ajoutant la périnéorraphie. En effet, jusqu'à cette date, on trouve une seule trace de l'opération de Müller dans la littérature française, c'est un article de Richelot, paru dans *les Annales de Gynécologie*.

En 1908, on trouve relaté, par Vignard, dans la *Gazette Médicale de Nantes*, trois opérations de colpectomie totale, avec succès.

Gaston dans sa thèse, en 1910, traite l'opération de Müller dans les gros prolapsus et publie une observation du Docteur Papin (de Paris).

En Belgique, au cours de l'année 1914, paraît dans le *Journal de Chirurgie*, un article sur la cure des prolapsus génitaux, écrit par De Kresse.

En France, en 1920, nous trouvons une thèse de Delivet (de Paris), qui traite de la colpectomie totale en relatant les travaux des écoles Allemandes et Suisses. Dans le journal périodique *La Gynécologie*, de l'année 1921, un article très intéressant sur l'opération de Müller, par le docteur Jacob (de Paris).

Enfin, c'est surtout au Congrès de Chirurgie de 1923, que le traitement du prolapsus fut à l'ordre du jour. Deux rapports très importants, le premier, du professeur Bégouin (de Bordeaux), le second, du Docteur Savariaud (de Paris), ont éclairci cette question.

En esquisant ainsi l'histoire de l'opération de Müller, dans le prolapsus génital, nous nous sommes attachés simplement à montrer les étapes principales parcourues par cette intervention.

En quoi consiste l'opération de Müller.

Dans la thèse de M^{lle} Vera Krükova (de Genève), nous trouvons écrit : « Afin de diminuer la gravité de cette intervention, sans lui enlever de la sécurité de ses résultats éloignés, P. Müller (de Berne), a eu l'idée de pratiquer l'excision du vagin seule sans la faire suivre d'une hystérectomie. Müller a appelé cette opération « Colpectomie », qu'il a décrite à une réunion de la « Deutsche Naturforsch Gesellsch », en 1896. »

Les résultats d'une première série d'opérations, ainsi que les détails de la technique, ont été publiés par Wormser (*Monatschrift für Geburtsh und Gyn*).

Une deuxième série fut rédigée par Biehly dans sa thèse de doctorat.

« L'opération de Müller consiste à exciser le vagin, comme dans l'opération de Fritsch, Martin, etc., mais c'est là le point distinctif ; elle laisse l'utérus en place sans s'occuper de ce qu'il devient, sans même ouvrir les culs-de-sacs péritonéaux, ni refouler la vessie. » (Wormser).

Cette colpectomie totale, ainsi conçue, répond bien à la suppression d'un facteur important : le déroulement du vagin relâché qui est l'élément initial constant... qui commande les autres déplacements. (Pozzi).

De plus, Richelot écrit : « C'est toujours le vagin qui tire et jamais l'utérus qui pousse. Pour l'orgue, lorsque l'éversion du vagin commence, l'utérus ne s'abaisse que secondairement.

Technique opératoire (d'après Biehly, Krükova, Delivet, Gaston). Femme en position gynécologique.

Premier temps. — Avec une pince à traction, on abaisse fortement la matrice de sorte que l'organe prolabé se trouve complètement en dehors des organes génitaux externes. De cette façon, les culs-de-sacs vaginaux s'effacent et il ne reste plus qu'un petit sillon qui fait le tour du prolapsus.

En tirant toujours sur la pince, on fait la circoncision de la muqueuse du vagin à environ deux centimètres de la vulve et à peu près à un centimètre au-dessous du méat urétral.

On commence cette incision du côté droit, la pointe du couteau étant dirigée en bas, puis on remonte sur la face antérieure et abaissant de plus en plus le manche du couteau, on arrive du côté gauche. Ensuite, on soulève le col en avant, en passant par la face postérieure on retombe sur le point de départ.

Deuxième temps. — On détache, soit avec le bistouri, soit par de simples tractions la muqueuse vaginale avec sa sous-muqueuse qui recouvre l'utérus prolabé de tous les côtés et on la retourne en doigt de gant. On continue cette dissection jusqu'à l'insertion de la muqueuse vaginale avec le col. Là, on la détache du pourtour du col. De cette manière, toute la muqueuse se trouve enlevée, sauf cette bandelette qu'on laisse près de la vulve.

A ce temps, le vagin ne présente plus qu'une vaste plaie dépourvue de son revêtement muqueux. On fait rentrer l'utérus dans le creux de la blessure (Biehly). Du reste, la réduction se fait d'elle-même. La matrice reprend sa situation primitive dans la cavité abdominale.

Troisième temps. — Cette plaie réunie par une suture en étage, de telle sorte que les deux parois vaginales se trouvent accolées dans toute leur étendue, donnera, plus tard,

la colonne cicatricielle qui retiendra l'utérus dans sa position. « On relie ensemble les lèvres de la blessure, quelques coutures noyées facilitent une prompte guérison et empêchent l'hémorragie. » (Biehly).

Selon l'étendue de la plaie, qui dépend elle-même du degré du prolapsus, l'occlusion sera faite par deux, trois ou même quatre étages de sutures. Il ne reste plus qu'à réunir les bords de la collerette vaginale par quelques points à la soie ou au crin posés dans l'axe de la vulve.

Savariaud (de Paris), se sert de catgut chromé n° 2 et place un point en X sur le col pour le fermer.

Dans le petit cul-de-sac situé au-dessous de la fourchette, on place une mèche de gaze iodoformée ou non. Une sonde de Malécot est introduite dans la vessie.

Cette technique ci-dessus ne s'applique qu'à des prolapsus complets et volumineux. Dans le cas de prolapsus incomplet et petit, Wormser excise sur les parois vaginales un losange dont le grand axe est dirigé du méat au périnée et dont le centre est occupé par le col. En réunissant les bords du lambeau losangique, l'utérus est exclu de la cavité vaginale et disparaît, soutenu par une sorte de diaphragme cicatriciel. (Jacob, Paris).

Savariaud exécute le Müller, mais avec deux différences. La première, c'est la conservation d'un rudiment de vagin pouvant, à l'extrême rigueur, permettre le coït. La seconde consiste à ajouter à la colpectomie totale une périnéorrhaphie. En un mot, il fait une colpo-périnéorrhaphie.

Ses Avantages.

D'après Jacob (de Paris) : « La colpectomie aussi totale que possible, est l'intervention de choix, elle est plus sûre que le cloisonnement du vagin à la manière de Le Fort, même élargi, suivant le procédé de Hartmann. »

Pflanz (de Vienne), déclare comme principal avantage, la rapide guérison des malades qui, déjà, après trois jours, quittent le lit. Cela constitue certainement un gros appoint, car le séjour prolongé au lit est dangereux pour les malades âgées. De plus, il faut noter que l'anesthésie générale n'est pas nécessaire, l'anesthésie locale (Schleich, Biehly), ou bien la rachi-anesthésie suffisent grandement. Savariaud se sert de la rachi-stovainisation dans les colpectomies. L'absence d'accidents au cours de l'opération, ou après, malgré l'âge de certains malades, constitue un avantage important (Wormser, Biehly).

Il est un facteur dont on doit tenir compte, c'est que les complications locales ou générales peuvent être évitées à peu près sûrement, si un examen complet a été pratiqué au préalable et si les indications opératoires ont été bien posées (Biehly).

De plus, en parcourant les observations de Wormser, Biehly, Krükova, Savariaud, nous constatons que c'est une opération bénigne, simple, facile et rapide. Müller déclare qu'on doit l'exécuter facilement en vingt-cinq minutes, au maximum.

Ses Inconvénients.

L'idée de l'abandon de l'utérus dans le pelvis sans aucune communication avec l'extérieur, préoccupe donc les chirurgiens dans la colpectomie de Müller (Congrès de Chirurgie, 1923).

M. Michel (de Nancy), rapporte un cas où un cancer du col s'est greffé après une colpectomie sub-totale.

M. Taillefer, ne voulant pas laisser un utérus sans communication avec l'extérieur, abrase la muqueuse du col.

M. Le Jemtel, sur 16 cas de colpectomie totale, pratique sept fois l'hystérectomie préalable.

D'autres auteurs exécutent plutôt une colpectomie sub-totale en conservant une bande de muqueuse de un centimètre de largeur sur les deux côtés pour constituer deux petits canaux de sécurité pour le cas où, par hasard, l'utérus refoulé dans la cavité abdominale, viendrait à sécréter sous l'influence d'une métrite sénile ou d'un cancer. (Cloisonnement du vagin, opération de Le Fort — cloisonnement élargi, technique de Hartmann).

En effet, cet abandon de l'utérus dans le pelvis constitue pour certains chirurgiens le défaut capital de l'opération de Müller. C'est pourquoi ces derniers ont élevé quatre objections.

La première est l'hydrométrie ou pyométrie qui serait la résultante de la suppression de toutes communications de la cavité utérine avec l'extérieur. Or, Wormser écrit qu'on

ne trouve aucun cas de ce genre dans les nombreuses opérations exécutées à la Clinique de Berne. (In *Keinem Fall.*)

De plus, en règle générale, chez les femmes âgées après la ménopause (ce sont ces femmes-là que nous proposons à l'opération de Müller. — Thèse de Véra Krükova), la muqueuse est atrophiée, la sécrétion n'existe presque plus. Enfin, on a remarqué après l'opération que l'utérus s'atrophie d'une manière sensible. Tous les auteurs ayant pratiqué la colpectomie totale sont d'accord sur ce fait que le vagin dépouillé de la muqueuse s'organise en colonne fibreuse.

La deuxième critique que l'on fait à la colpectomie totale, c'est la récurrence par pression de l'utérus sur la cicatrice. Cela est réfuté par Müller et Wormser dans leurs différents travaux. « Une rechute est absolument exclue si l'opération a été bien faite. » (Biehly).

Une seconde réfutation à cette critique est apportée par les résultats éloignés de cette opération. « Une malade de Müller a été revue en bonne santé sans aucune récurrence cinq ans après l'intervention. » (Biehly).

Une troisième objection, ce sont les indications exceptionnelles, femmes âgées, ayant dépassé la ménopause. Dans un mémoire, Jacob écrit : « C'est une qualité, plutôt qu'un défaut. »

Enfin, une dernière objection c'est que cette opération supprime le coït. Cette critique ne tient pas, car l'opération de Müller s'adresse, nous le répétons, aux femmes âgées ; de plus, toutes les opérées de Savariaud, Jacob, Wormser, Jentzer, avaient un rudiment de vagin.

Dans la thèse de Krükova, l'importance de cette opération réside dans ce fait clairement démontré par les résultats publiés par Wormser, Biehly, etc..., et ceux obtenus à la clinique du professeur Jentzer, — c'est que l'ablation de l'utérus n'est pas du tout nécessaire pour la cure complète

du prolapsus génital, ainsi que le prétendent Martin, Fritsch.

Du reste, Richelot disait : « L'anaplastie est la base du traitement et l'hystérectomie n'est qu'une opération préliminaire. ».

Malgré nos recherches, nous n'avons pu trouver dans la littérature française d'autres critiques que celles énoncées par les travaux allemands et suisses.

Ses Résultats.

A. — Immédiats.

Les suites opératoires sont en général simples si l'intervention a été bien conduite. On peut noter :

1° Une petite réaction frébrile le lendemain, la température monte à 38°, rarement au-dessus.

2° La formation d'un hématome qui se résorbe très facilement. Bien entendu, si l'épanchement sanguin est volumineux il vaudra mieux le vider.

3° Une suppuration légère au niveau des sutures profondes, qui se tarit rapidement. Quelquefois, on est obligé de faire sauter un ou deux points profonds.

B. — Tardifs.

On a une vulve infantile, les parois vaginales peuvent tomber, mais ne se déroulent pas sous l'action de la toux et de l'effort.

Biehly écrit : « Nulle part, on ne remarque à la suite » d'une pression ou de la toux, un abaissement de la » paroi vaginale. Toutes les malades se déclaraient entièrement satisfaites du résultat de l'opération. Le vagin » forme maintenant une petite cavité de deux à trois centimètres de profondeur, le reste est transformé en une » masse cicatrisée sur laquelle repose l'utérus et qui en » arrête la descente. »

Dans nos recherches, nous relevons dans la littérature : 25 observations dans la thèse Biehly ; 2 observations prises

dans la clinique du professeur Jentzer et relevées par Krükova dans sa thèse ; — 2 observations de Savariaud ; 1 observation de Papin ; 4 observations de Vignard (Nantes) ; 3 observations de Cumston (Boston) ; enfin, 2 observations inédites de notre maître le Professeur J. Guyot.

Biehly : « Dans les 25 cas ci-devant énumérés, un seul suivi de mort ; ce dernier, à la suite d'une infection septique, parce que pendant l'opération, la blessure fut infectée par un liquide d'excrément. Cette infection persista même après l'opération parce que la malade commit l'imprudence de retirer les bandages. Ce cas malheureux ne peut donc jeter aucun discrédit sur la méthode de sorte à la faire considérer comme dangereuse. »

En 1902, Fellenberg cite un cas où Müller négligea la toilette de la muqueuse de l'utérus infecté, celle-ci continuant à sécréter empêcha la réunion.

A côté de ces deux cas malheureux, nous relevons un plus grand nombre de succès.

En 1900, Bumm (de Bâle), a fait cette opération sur une femme de 64 ans et obtint les meilleurs résultats.

En 1905, Cumston (de Boston), relate trois cas : 3 succès.

Dans la clinique de Deglin, 20 colpectomies suivant la technique de Müller, donnent de bons résultats.

Pflanz, à Vienne, a opéré 8 cas avec les meilleurs résultats. Comme principal avantage, il cite la rapide guérison des malades qui, déjà après trois jours, quittent le lit.

Von Erlach (de Vienne), a fait plusieurs colpectomies et s'en est déclaré absolument satisfait.

Enfin, pour terminer, on peut signaler, : 1 cas de Stocker chez une femme de 52 ans encore réglée ; Brose, 1 cas ; Freund, 3 cas, etc...

Pour la France, Savariaud, Dujarier : 13 cas avec 13 succès.

OBSERVATIONS

Observation I

BIEHLY. — Thèse de Berne, 1902. (Traduction personnelle).

Madame M. G..., à St-J. — Agée de 62 ans.

Entrée à l'hôpital le 29 novembre 1897.

2 accouchements : 1871, normal ; 1873, avortement au deuxième mois. Ménopause depuis quatorze ans.

Janvier 1891 : la malade avait été déjà opérée pour un prolapsus utérin (amputation de la portion du vagin : colporraphie antérieure et postérieure).

Dans la même année, nouvelle chute de la paroi antérieure du vagin avec descente de l'utérus.

Aucune application d'anneaux.

Depuis deux ans, nouveau et complet prolapsus.

La portion vaginale hypertrophique avec érosions.

Cystocèle. La sonde pénètre jusqu'à 11 centimètres.

1^{er} Décembre. — Opération.

20 Décembre. — Départ après guérison. Le vagin est à 3 centimètres. Adresse actuelle inconnue.

Observation II

BIEHLY. — Thèse de Berne, 1902. (Traduction personnelle).

Madame D. S. N..., 63 ans.

Entrée à l'hôpital le 8 février 1898.

6 accouchements normaux, le dernier il y a dix-sept ans.

Ménopause depuis six ans.

Il y a six mois, par suite d'un effort, prolapsus de la grosseur d'un œuf de poule, qui au moment du repos disparaît tout seul. Aucune application d'anneaux. Vagin très large, l'utérus se trouve dans la vulve. Parois antérieure et postérieure tombent. Portion très agrandie avec érosions.

Cystocèle et légère rectocèle.

11 Février. — Colpectomie.

20 Février. — Départ de l'hôpital.

Vagin à 2 centimètres.

Août 1901. — La malade nous écrit qu'elle est très satisfaite de son opération.

Observation III

BIEHLY. — Thèse de Berne, 1902. (Traduction personnelle).

Madame Sch..., H., à F., âgée de 46 ans.

Entrée à l'hôpital le 15 février 1896.

6 accouchements entre 1873 et 1893. Ménopause depuis un an. Pendant six ans, elle cherche à traiter son prolapsus, dont l'étiologie est inconnue, au moyen d'anneaux. A la moindre pression, le prolapsus sort des organes génitaux.

L'utérus ainsi que la paroi antérieure et postérieure du vagin ont baissé. Cystocèle et rectocèle. La sonde pénètre jusqu'à 14 centimètres. Quelques écoulements.

22 février. — Opération. Curettage avec cautérisation.

11 mars. — Départ après guérison. Le vagin à environ 2 centimètres de profondeur.

Août 1901. — La femme se sent complètement rétablie.

Observation IV

BIEHLY. — Thèse de Berne, 1902. (Traduction personnelle).

Madame R. G..., à B., âgée de 56 ans.

Arrivée le 29 août 1898.

9 accouchements normaux entre 1865-1878.

Ménopause depuis deux ans.

Après le premier accouchement, prolapsus. Cause inconnue.
Application d'anneaux et de bandages.

Chute de la paroi antérieure et postérieure du vagin, avec prolapsus utérin du deuxième degré.

La portion vaginale hypertrophique avec érosion et ulcération.
L'utérus a 12 centimètres de longueur et est renversé.

5 Septembre. — Opération.

24 Septembre. — Départ. Vagin 3 centimètres.

Août 1901. — La malade se porte bien et ne ressent plus rien.

Observation V

BIEHLY. — Thèse de Berne, 1902. (Traduction personnelle).

Madame Sch., I. à St., 58 ans.

Arrivée, 10 mai 1900.

4 accouchements normaux entre 1875-1887.

Ménopause depuis quinze ans. Prolapsus par suite de gros travaux. Applications d'anneaux, mais sans succès. Depuis six mois, écoulements sanguinolents.

Prolapsus utérin, grosseur poing d'un homme.

Sonde 12 centimètres. Portion intacte. Cystocèle.

19 Mai. — Opération.

6 Juin. — Départ.

Août 1901. — Malade déclare être guérie.

Observation VI

Mad. Vera KRUKOVA. (Thèse Genève, 1903).

Malade âgée de 76 ans. Entrée le 21 mai 1900.

A. P. 4 enfants.

Depuis la naissance de son dernier enfant, il y a trente-deux ans, elle a un prolapsus utérin. Elle porte un pessaire qui l'a blessée.

C'est pour cela que la malade vient à la consulte.

Examen actuel : Prolapsus utérin avec cystocèle, rectocèle et col hypertrophié.

Au spéculum, on trouve quelques petites ulcérations peu étendues dans le cul-de-sac postérieur et surtout latéral gauche.

Opération le 7 juin.

a) Curettage ;

b) Extirpation du vagin par procédé Müller.

9 Juin. — Le tampon est imbibé, la plaie est très bien ; l'état général excellent.

12 Juin. — Malade va très bien.

20 Juin. — On enlève les fils, la malade va bien.

28 Juin. — La malade se lève.

7 Juillet. — La malade sort guérie.

En avril 1902, revue et examinée par M. le Professeur Jentzer.

Pas récidive. A la place du vagin, on constate par le toucher rectal, une colonne cicatricielle sur laquelle repose l'utérus situé normalement.

Observation VII

Malade âgée de 53 ans, atteinte de démence précoce, a fait un séjour à la Maternité pour un prolapsus utérin.

20 Août. — Colporraphie antérieure et postérieure et périnéorraphie.

18 Novembre. — Récidive; entre à l'hôpital.

Status. — Femme de petite taille, maigre, hauteur du corps 143 centimètres. Bassin rétréci.

26 Novembre. — Opération. Narcose éther.

Oblitération du vagin par méthode de Müller.

Pansement gaze iodoformée.

27 Novembre. — Va bien. Apyrétique.

15 Décembre. — Exeat. Guérison par première intention.

Observation VIII

SAVARIAUD. — (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1909).

Colpectomie totale pour prolapsus.

Madame B..., 53 ans. Pas d'enfants. Prolapsus complet, réductible, ulcération du museau de tanche.

Colpectomie. Columinisation du vagin par 4 fils en bourse, surjet sur les lèvres de l'incision circulaire du vagin.

Six mois plus tard va bien, mais douleurs sourdes du côté gauche. Vulve bombe 3 centimètres $1/2 \times 2$, la paroi vaginale antérieure bombe, vagin de longueur normale admet un spéculum ordinaire. petit utérus, annexe gauche un peu grosse et un peu sensible.

Observation IX

VIGNARD. — (*Gazette médicale de Nantes*, 1908).

Madame G..., 67 ans, entre fin juin 1906 pour prolapsus total du vagin. Début remonte à 29 ans, eomplet depuis 3 ans, irréductible depuis 2 mois. Jadis application de pessaire sans résultat.

A l'examen, prolapsus total, col très nlcéré, les ulcérations d'ailleurs superficielles donnent lieu à un écoulement de sang mélangé de pus.

Opération le 2 juillet 1906 avec abrasion du museau de tanche. Suites opératoires simples.

Revue le 3 Septembre. Aucune récidence, petit vagin long de deux phalanges d'index, à fond cicatriciel, aucune tendance au prolapsus par la toux et l'effort. Aucun écoulement vagino-utérin.

Le 5 Novembre. — Aucune gêne malgré toux incessante, pas de prolapsus à l'examen.

Le résultat peut être considéré comme très bon.

Observation X

VIGNARD. — (*Gazette médicale de Nantes*, 1908).

Marie P..., femme J..., 62 ans, ménagère. Réglée à 21 ans, mariée à 29 ans. 6 grossesses à terme, deux fausses couches. Légère déchirure du périnée au premier accouchement. Ménopause à 50 ans. Depuis 6 ans l'utérus avait tendance à tomber, pesanteur dans le bas-ventre, tiraillements dans les deux aines, dysurie, difficultés de la défécation.

Dans les efforts, col à la vulve. En Juillet dernier, elle fit de

grands efforts au cours de la fenaison et sentit le prolapsus augmenter.

A l'examen: prolapsus total réductible. Pas d'allongement hypertrophique du col.

Le 22 Novembre. — Colpectomie totale, chainage.

Suites opératoires normales. Au quinzième jour, le vagin long de 6 à 7 centimètres présente encore l'orifice du drain non cicatrisé et admettant pulpe de l'index.

Revue le 22 février 1908, résultat parfait. Tissu de cicatrice solide au fond d'un cul-de-sac vaginal de 5 à 6 centimètres de profondeur. La toux, les efforts ont été supportés sans aucune gêne, aucune tendance au prolapsus.

Observation XI

Docteur PAPIN. (In Thèse de GASTON, Paris, 1910).

Madame X..., concierge, 51 ans, pas réglée depuis dix-huit mois, envoyée à Necker pour gros prolapsus de l'utérus.

La malade bien réglée jusqu'à sa ménopause, a eu deux enfants ; a été déchirée à son dernier, il y a vingt ans. Depuis s'est constitué peu à peu le prolapsus utérin avec cystocèle et rectocèle.

Quand la malade tousse, on voit sortir le col utérin qui n'est pas hypertrophié, la vessie et le rectum.

L'ensemble de la tumeur est à peu près du volume d'une tête d'enfant ; on a fait il y a trois mois une périnéorrhaphie dans un autre hôpital, rien n'a tenu. Le périnée est très mauvais, il n'y a rien à tenter de ce côté. Après avoir songé à l'hystérectomie, je décide d'essayer la colpectomie suivant procédé de Müller.

Opération en juillet 1909, sous chloroforme.

Incision autour du col et de la vulve.

Le dépouillement du vagin fut difficile à cause de la colpoperinéorrhaphie antérieure.

Sutures en bourses étagées en commençant autour du col utérin, en laissant une place pour un tout petit drain.

Suites normales, presque pas de suintement par le drain.

Sortie guérie au bout de trois semaines.

Revue trois mois après, la suture a bien tenue, il y a formation d'un petit cul-de-sac où l'on peut introduire le bout de l'index.

Ses Indications.

Très limitées. — Car chez la femme jeune, on n'est pas autorisé à la pratiquer.

a) *Femmes âgées* dont la vie génitale peut être supprimée sans grand dommage. — Mais il ne faut pas qu'il y ait coexistence d'un écoulement utérin, si ce symptôme existait, il faudrait pratiquer un curettage méticuleux. Biehly, dans sa thèse écrit : « Naturellement, ce procédé n'est applicable que dans certains cas particuliers, âge avancé, disparition de la menstruation, absence d'un fort catarrhe (dans des cas bénins celui-ci est rendu inoffensif par le curettage et la cautérisation à l'acide phénique à 50 %), et renonciation à la cohabitation. Il est donc prudent de demander, malgré l'âge avancé des femmes, l'avis et la permission du mari. »

b) *Prolapsus complet.*

c) *Prolapsus récidivé.* — La récurrence rapide du prolapsus après la triple opération française peut être une indication à recourir à la technique de Müller. Notre maître, le professeur J. Guyot, a eu aussi à opérer une femme atteinte de prolapsus complet récidivé, trois mois après une intervention pratiquée par un autre chirurgien. La technique de Müller avec cloisonnement en cul-de-sac péritonéal, lui a donné un excellent résultat qui se maintient parfait depuis plus d'un an. Cette observation sera publiée dans un travail en cours.

CONCLUSIONS

- I. — La colpectomie totale de Müller est une opération qui se signale par sa bénignité, sa simplicité, sa facilité et sa rapidité.
- II. — Elle ne nécessite pas une anesthésie générale, l'anesthésie locale ou régionale (rachi), suffit très largement.
- III. — Cette opération ne peut se faire que chez les femmes âgées dont la vie génitale est terminée.
- IV. — De plus, la colpectomie ne s'adresse qu'aux prolapsus complets, volumineux ou récidivés.
- V. — L'opération de Müller associée à la périnéorraphie ou du cloisonnement devient une opération excellente : elle reste formellement contre-indiquée chez les sujets jeunes et dans les métrites du corps ou du col suintantes.
- VI. — Chez certaines femmes, on trouvera un prolongement péritonéal descendant très bas et constituant une véritable malformation : il y aura lieu, dans ces cas, d'ouvrir le péritoine et par une série de fils circulaires en bourse d'accoler l'un à l'autre aussi haut que possible les deux saillants péritonéaux.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 26 Novembre 1925.

Pour le Recteur de l'Académie,

Le Doyen délégué,

C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- MULLER (P). — Ueber Prolaps operationem Deutche Naburforsch a Aerzte gesells, 1896.
- MANGIN. — Congrès international de Genève, 1896.
- JACOBS. — *Archives de Tocol. et de Gynec.*, volume XXXI, n° 9.
— *Annales de Gyn., et d'Obstétrique*, n° 46, page 627, année 1896.
- RICHELOT. — *Annales de Gynécologie*, n° 46, p. 534, année 1896.
- WORMSER. — Berne. — Monatschrift für Geburtshülfe und gynäkologie, 1898. Bd. VII, n° 4.
— Die Kolpektomie zur Beseitigung des prolapsus alterer Frauen in gynækologia Helvetica, page 51.
- BIEHLY. — Thèse de Berne, 1902. — Die Kolpektomie als Prolapsoperation Inaug. Diss.
— Gynækologia Helvetica, 1903, page 27.
- KRUKOVA (Mad. Vera). — Colpectomie dans le prolapsus. (Thèse de Genève, 1903).
- CUMSTON (C. G.). — The surgical treatment of prolapsus uteri, with special reference to the operation of colpectomie. (*Ameri. med.*, 1905, volume IX, page 846-848).
- SAVARIAUD. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1906.
— *Bulletin de la Société anatomique*, 1906, t. XXXI.
— Société de Chirurgie, 1919.
- JAEGGY (E.). — Die Kolpektomie nach P. Müller Gynækologische Rundschaü, 1907. T. I, page 827.
- GASTON. — Opération de Müller dans les gros prolapsus. (Thèse de Paris, 1910).
- Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1904 (p. 453 et 733).

VIGNARD. — Colpectomie par procédé de Müller. (*Gazette médicale de Nantes*, 1908).

DE KRESSE. — La cure des prolapsus génitaux. (*Journal de Chirurgie Belge*, T. XIV, n° 3, 1914).

DELIVET (Henri). — Colpectomie totale. (Thèse Paris, 1920).

JACOB. — *La Gynécologie*, année 1921.

DUVAL. — *Presse médicale*, 22 novembre 1922.

BÉGOUIN et SAVARIAUD. — Congrès de Chirurgie, 1923.

BOURSIER et AUVRAY. — Précis de Gynécologie, dernière édition.

Samuel Pozzi. — Traité de Gynécologie.

J.-L. FAURE et SIRÉDEY. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie.

MONOD, Ch. VANVERTS (J.). — Traité de technique opératoire.

LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie.

